

健康保険 埋葬料(費)及び埋葬付加金請求書 (被保険者・家族)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	000 - 0000	被保険者又は請求者の氏名・印	健康 一郎	印	
	被保険者又は請求者の住所・Tel	〒0000-0000 Tel 00 - 000 - 0000 大阪市中央区000-0-0				
	被保険者の事業所名称	000株式会社	被保険者の業務の職種	00000		
	死亡した年月日	平成 00年0月0日	死亡原因	00000000	第三者行為によるものか?	はい いいえ
	家族(被扶養者)が死亡した時の請求	死亡した被扶養者氏名	健康 一徹	明・大・昭・平 13年9月10日	続柄	父
		埋葬した年月日	平成 00年0月00日	埋葬に要した費用の合計額	000,000円	
	被保険者(本人)が死亡した時の請求	死亡した被保険者氏名		被保険者(死亡者)と請求者との身分関係		
		請求者の住所・Tel	〒0000-0000 Tel - -			
		埋葬した年月日	平成 年 月 日	埋葬に要した費用の合計額	円	
	資格喪失後、被扶養者となった時はその被保険者証の	保険者名		記号番号		
被扶養者が被保険者であった場合は当時の被保険者証の	保険者名		記号番号			
受取金融機関	0000 銀行 00 支店		普通預金口座番号	0 0 0 0 0 0 0		
	郵便局	通帳記号	通帳番号	0 0 0 0 0 0 0		
	被保険者(請求者)の口座名義		フリガナ ケンコウ イチロウ 健康 一郎			

事業主の証明	死亡した者の氏名		死亡した者は	・ 被保険者 ・ 被扶養者	死亡した年月日	平成 年 月 日
	うえのとおり相違ないことを証明します。					
	平成 年 月 日	住所(所在地) 事業主名称 事業主氏名		印		
TEL - () -						

健保組合が記入	資格関係	取得	年 月 日	給付金額	埋葬諸費						
		喪失	年 月 日		埋葬付加金						
					合計給付額						
	受付印	支払印	備考			百万	十万	万	千	百	十
					常務理事	課長	会計	給付			